

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Penyakit Ginjal Kronik

Ginjal merupakan salah satu sistem detoksifikasi utama didalam tubuh setelah hati, dengan cara membuang racun dalam tubuh yang telah dilarutkan didalam air oleh hati agar dapat dibawa oleh darah kemudian dibuang bersamaan dengan cairan tubuh yang berlebih melalui urin. Ginjal juga berfungsi untuk mempertahankan elektrolit dan kadar cairan didalam tubuh, mengatur kadar kalsium yang terdapat dalam tulang, mengatur sel darah yang baru di produksi, dan mengontrol tekanan darah (Alam dan Hadibroto, 2007).

Penyakit gagal ginjal kronik dapat terjadi apabila pada kedua ginjal sudah tidak mampu untuk mempertahankan lingkungan dalam yang cocok untuk keberlangsungan hidup. Kerusakan yang terjadi pada kedua ginjal tersebut bersifat ireversibel atau tidak dapat kembali seperti keadaan semula. Perkembangan gagal ginjal kronik melalui empat tahap yaitu, penurunan cadangan ginjal, insufisiensi ginjal, gagal ginjal, dan *end stage renal disease (ESRD)*. Ketika gagal ginjal kronik terjadi, beberapa nefron termasuk glomeruli dan tubula masih berfungsi, namun nefron yang lain tidak dapat berfungsi lagi dengan baik dan sudah rusak. Sedangkan nefron yang masih utuh dan berfungsi menghasilkan filtrat dalam jumlah banyak dan nefron mengalami hipertrofi. (Baradero, Dayrit dan Siswadi, 2009).

2.1.2 Manifestasi Klinik Gagal Ginjal Kronik

Menurut Baughman dan Hackley (2000), pasien akan memperlihatkan beberapa tanda dan gejala, keparahan kondisi pasien bergantung pada tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari pasien dan usia pasien.

1. Manifestasi kardiovaskular: gagal ginjal kongestif, edema pulmonal, hipertensi, perikarditis.
2. Gejala-gejala dermatologis: gatal-gatal hebat (pruritus), serangan uremik tidak umum terjadi karena pengobatan dini dan agresif.
3. Gejala-gejala gastrointestinal: anoreksia, muntah dan cegukan, mual, penurunan aliran saliva, haus, rasa kecap logam dalam mulut, kehilangan kemampuan penghidu dan pengecap dan parotitis atau stomatitis.
4. Perubahan neuromuskular: perubahan tingkat kesadaran, ketidakmampuan berkonsentrasi, kacau mental, kedutan otot dan kejang.
5. Perubahan hematologis: kecenderungan mengalami pendarahan.
6. Keletihan dan letargik, sakit kepala, kelemahan umum.
7. Pasien secara bertahap akan lebih mengantuk; karakter pernapasan pasien menjadi Kussmaul, dan terjadi koma dalam, sering dengan konvulsi (kedutan mioklonik) atau kedutan otot.

2.1.3 Etiologi

Menurut *Indonesian Renal Registry* (2015) penyebab gagal ginjal pada pasien yang menjalani hemodialisis yang terbanyak yaitu penyakit ginjal hipertensi sebanyak 44%, disusul dengan nefropati diabetika 22%, glomerulopati primer (GNC) 8%, lain-lain 8%, pielonefritis kronik (PNC) 7%, Nefropati Obstruksi 5%, Tidak Diketahui 3%, Nefropati Lupus (SLE) 1%, Ginjal Polikistik 1%, dan Nefropati Asam Urat 1%.

1. Glomerulopati Primer

Ditandai dengan tubuh sembab, hipertensi dan bendungan sirkulasi, proteinuria, hematuria mikroskopik/makroskopik dengan silinder eritrosit, tanpa disertai penyakit sistemik atau penyakit ginjal lainnya.

2. Nefropati Diabetika

Ditandai dengan riwayat DM(+), proteinuria, pada funduskopi terdapat mikro aneurisma kapiler, tanpa adanya bukti riwayat penyakit ginjal lain sebelumnya.

3. Nefropati Lupus

Adanya gambaran klinik SLE, hasil laboratorium urine terdapat proteinuria persisten, hematuria, kelainan sedimen aktif, kenaikan titer antinukleus (ANA) dan DNA binding antibody (dsDNA).

4. Penyakit Ginjal Hipertensif

Adanya riwayat hipertensi, ditandai dengan proteinuria, hematuria mikroskopik, serta adanya target organ damaged yang lain, seperti LVH/*hypertensive heart disease, retinopathy hypertensive.*

5. Ginjal Polikistik

Ditandai dengan pembesaran ginjal pada perabaan dengan salah satu atau semua gejala: proteinuria, hematuria, ISK berulang, peningkatan tekanan darah dan nyeri pinggang.

6. Nefropati Asam Urat

Terdapat riwayat Arthritis Gout yang berulang serta ISK juga berulang. Hasil laboratorium kadar asam urat biasanya $>13\text{mg}\%$ pada laki-laki dan $>10\text{mg}\%$ pada perempuan, terdapat proteinuria dengan/tanpa hematuria tanpa keluhan.

7. Nefropati Obstruktif

Ada riwayat obstruksi saluran kemih pada lithiasis, BPH, vesicouretral reflux, Ca vesica urinaria, Ca prostat atau Ca servix. Ditandai dengan ISK berulang, hipertensi dan hidronefrosis.

8. Pioelonefritis Kronik / PNC

Ditandai dengan proteinuria asimtomatik dengan / tanpa hematuria, ISK berulang, hipertensi, gambaran USG kedua ginjal mengisut,

2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi pada gagal ginjal kronik mencakup dua tahapan kerusakan ginjal. Mekanisme awal dipengaruhi oleh etiologi yang mendasari penyakit ini dan mekanisme progresivitas, termasuk terjadinya hipertrofi dan hiperfiltrasi nefron yang tersisa berdampak masa panjang pada penurunan massa ginjal. Hipertrofi struktural yang terjadi disebabkan oleh pengurangan massa ginjal dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai kompensasi. Respon terhadap menurunnya jumlah nefron ini diperantarai oleh hormon vasoaktif, sitokin, dan faktor pertumbuhan. Kejadian ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung cepat, yang akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang tersisa. Tahapan masa ini akan diikuti oleh penurunan fungsi nefron yang progresif, meskipun penyakit yang menjadi dasarnya sudah tidak aktif lagi (Tjekyan, 2014).

2.1.5 Penatalaksanaan

Fungsi ginjal yang rusak akan sulit untuk diperbaiki seperti keadaan semula, maka tujuan dari penatalaksanaan pasien gagal ginjal kronik adalah untuk memaksimalkan fungsi ginjal yang masih berfungsi dengan baik dan mempertahankan keseimbangan secara optimal untuk memperpanjang harapan hidup

klien. Gagal ginjal kronik sebagai penyakit yang kompleks membutuhkan penatalaksanaan terpadu dan serius, sehingga komplikasi yang dapat terjadi bisa di minimalisir dan meningkatkan harapan hidup klien (Hutagaol, 2017). Penatalaksanaan gagal ginjal kronik di rumah sakit adalah dengan terapi obat-obatan anti hipertensi, terapi cairan, terapi hemodialisa, terapi diit rendah protein dan tinggi karbohidrat, pemberian transfusi darah, dan transplantasi ginjal (Safitri et al, 2012).

2.2 Hemodialisis

2.2.1 Definisi Hemodialisis

Ginjal yang sehat membersihkan darah dan mengeluarkan cairan ekstra dalam bentuk urin. Ginjal juga membuat zat-zat yang menjaga tubuh sehat. Dialisis menggantikan beberapa fungsi ini ketika ginjal tidak lagi bekerja. Dialisis adalah cara membersihkan darah ketika ginjal tidak bisa lagi melakukan pekerjaan. Dialisis menghilangkan limbah pada tubuh, ekstra garam, dan air, serta membantu untuk mengontrol tekanan darah. Ada dua jenis dialisis yaitu hemodialisis dan dialisis peritoneal. Dokter adalah orang terbaik untuk memberitahu kapan ketika pasien harus memulai menjalani terapi dialisis (*National Kidney Foundation* (NKF), 2016). Hemodialisis adalah penukaran darah dari dalam tubuh pasien melalui dialiser yang terjadi secara ultrafiltrasi dan difusi, kemudian darah kembali lagi ke dalam tubuh pasien. Hemodialisis memerlukan jalan masuk ke sirkulasi darah pasien, suatu mekanisme untuk membawa darah pasien ke dialiser dan dari dialiser serta dari dializer (tempat pertukaran cairan, elektrolit, dan zat sisa tubuh).

Ada lima cara memperoleh jalan masuk ke dalam sirkulasi darah pasien: 1) Fistula arteriovena; 2) *Graft* arteriovena; 3) *Shunt* arteriovena eksternal; 4) Kateterisasi vena femoralis; 5) Kateterasi vena subklavia . Segera setelah dialisis, berat badan

pasien harus ditimbang, memeriksa tanda vital pasien, spesimen darah diambil untuk mengetahui kadar elektrolit serum dan zat sisa di tubuh (Baradero, Dayrit dan Siswadi, 2009). Terkadang penderita gagal ginjal akut perlu menjalani cuci darah seperlunya saja, sekitar 1 hingga 2 kali. Sedangkan penderita gagal ginjal kronis harus melakukan hemodialisis seumur hidup sebelum mendapat ginjal cangkokan. Biaya yang dikeluarkan setiap kali melakukan hemodialisa berkisar antara lima ratus ribu rupiah hingga satu juta rupiah, sedangkan dalam sebulan biaya perawatan bisa mencapai 4-5 juta rupiah (Alam & Hadibroto, 2007).

2.2.2 Komplikasi Hemodialisis

Pasien dengan gagal ginjal kronik pada terapi hemodialisis lebih mungkin untuk mengalami perubahan perilaku dan kualitas hidup mereka yang buruk dan dapat menimbulkan komplikasi lainnya. Salah satu hipotesis perubahan dalam fungsi kognitif pada pasien gagal ginjal kronik adalah peningkatan sintesis pro-inflamasi mediator. Tingkat yang lebih tinggi sitokin pro-inflamasi dan mediator lain inflamasi telah dianggap potensi agen yang mendukung penurunan kualitas hidup pada pasien dengan gagal ginjal kronik yang melakukan dialisis. Hal ini umum bagi pasien dalam kondisi klinis seperti ini dan untuk adanya endotoxemia ini, secara lebih lanjut memperburuk disfungsi ginjal. Dialisis yang dilakukan oleh pasien mungkin akan menyebabkan penurunan progresif tingkat kognitif dan intelektual mereka, perubahan nutrisi, kecenderungan lebih tinggi untuk mengalami infeksi, dan memburuknya kualitas hidup, meskipun perbaikan kondisi klinis dan laboratorium telah dijelaskan. Mediator inflamasi selama pengobatan hemodialisis dapat diindikasikan sebagai faktor yang memperparah untuk peningkatan morbiditas, kematian, dan penurunan subjektif dalam persepsi kualitas hidup (Bacci et al, 2018).

2.2.2.1 Komplikasi Fisik Hemodialisis

1. Sistem Kardiovaskular

Terdapat komplikasi pada pasien yang menjalani terapi hemodialisis karena terjadi perubahan didalam tubuhnya pada sistem kardiovaskular yang meliputi gagal jantung dan edema paru. Masalah ini disebabkan dari retensi cairan yang terus menumpuk pada abdomen, paru-paru dan ekstremitas, sehingga cairan yang ada didalam paru-paru akan menekan kearah jantung dan menghambat kerja jantung, hal ini menyebabkan tidak adekuatnya aliran darah menuju otot jantung yang merupakan awal terjadinya gagal jantung kongestif (Warhamna & Husna, 2016).

2. Komplikasi Akut

Komplikasi akut hemodialisis merupakan komplikasi yang terjadi selama hemodialisis berlangsung. Komplikasi yang sering terjadi diantaranya meliputi hipotensi, kram otot, mual dan muntah, sakit kepala, sakit dada, sakit punggung, gatal, demam, dan menggigil (Bieber & Himmelfarb, 2013; Sudoyo et al., 2009). Adapun jenis komplikasi dan penyebabnya adalah sebagai berikut:

- a. Hipotensi yang disebabkan karena adanya Penarikan cairan yang berlebihan, terapi antihipertensi, infark jantung, tamponade, reaksi anafilaksis.
- b. Hipertensi yang disebabkan karena Kelebihan natrium dan air, ultrafiltrasi yang tidak adekuat.
- c. Reaksi Alergi meliputi Reaksi alergi, dialiser, tabung, heparin, besi, lateks
- d. Aritmia yang disebabkan karena adanya Gangguan elektrolit, perpindahan cairan yang terlalu cepat, obat antiaritmia yang terdialisis.

- e. Kram otot karena Ultrafiltrasi terlalu cepat, gangguan elektrolit
- f. Emboli udara dimana komplikasi ini terjadi karena udara memasuki sirkuit darah
- g. Dialysis disequilibrium yang merupakan Perpindahan osmosis antara intrasel dan ekstrasel menyebabkan sel menjadi bengkak, edema serebral.
Penurunan konsentrasi urea plasma yang terlalu cepat
- h. Chlorine yang merupakan Hemolisis oleh karena menurunnya kolom charcoal
- i. Kontaminasi Fluoride yang menyebabkan adanya rasa gatal, gangguan gastrointestinal, sinkop, tetanus, gejala neurologi, aritmia.
- j. Kontaminasi bakteri/ endotoksin yang menyebabkan adanya Demam, mengigil, hipotensi oleh karena kontaminasi dari dialisat maupun sirkuit air.

2.2.2.2 Komplikasi Sosial Hemodialisis

Menurut Kaplan dan Saddock (2010) adanya sebuah dasar penyebab depresi secara pasti memang tidak diketahui, namun faktor yang berhubungan dengan penyebab tersebut seperti faktor sosial terdapat empat katagori yang berpotensi menyebabkan depresi, yaitu : stres, perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan, pertahanan yang ekstrim melawan stres, dan pengaruh hubungan interpersonal dari gangguan afektif.

Faktor psikososial yang dapat mempengaruhi depresi meliputi peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial. Para klinisi mempercayai bahwa peristiwa kehidupan memegang peranan utama dalam depresi, peristiwa kehidupan

dan stressor lingkungan yang menyebabkan stres, lebih sering mendahului episode pertama gangguan mood dari episode selanjutnya (Kaplan & Saddock, 2010).

Baydogan dan Dag (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa pasien yang menjalani hemodialisis mengalami masalah psikososial, keterbatasan aktivitas, pembatasan cairan yang dapat menimbulkan depresi. Depresi dapat timbul pada pasien baru yang menjalani hemodialisis dimana pada tahun pertama pada saat mulai dilakukan terapi hemodialisis hal ini disebabkan oleh perubahan gaya hidup pasien, masalah kehilangan pekerjaan, perubahan peran dalam keluarga, perubahan hubungan sosial dan waktu yang terbuang untuk dialisis.

2.2.2.3 Komplikasi Psikologis Hemodialisis

1. Delirium

Delirium adalah kondisi medis yang ditandai dengan kesulitan konsentrasi saat beraktivitas dan gangguan kecerdasan hingga kebingungan yang disertai dengan kelesuan. Delirium adalah kondisi gagal ginjal yang dikaitkan dengan kegagalan ginjal dalam mengeluarkan metabolit beracun dari dalam tubuh lewat saluran kemih. Komplikasi ini disebabkan karena kadar ureum dalam darah yang meningkat (uremia), anemia dan hiperparatiroidisme. Kondisi ini juga bisa terjadi seiring dengan peningkatan pasien diabetes yang menerima dialisis akibat kondisi disfungsi ginjalnya. Komplikasi delirium ini biasanya dengan hemodialisis atau cuci darah, kondisi gangguan kognitif pasien akan kembali normal seperti sedia kala. Namun ada kalanya beberapa kondisi ini juga menetap.

2. Depresi

Depresi merupakan sebuah kondisi gangguan kejiwaan yang paling banyak ditemukan pada pasien gagal ginjal. Depresi ini hubungannya adalah

kondisi psikis seseorang. Prevalensi depresi berat pada populasi umum adalah sekitar 1,1 - 15% pada laki-laki dan 1,8 - 23% pada wanita sehingga dapat dikatakan bahwa wanita lebih rentan mengalami depresi dibanding laki-laki . Namun pada pasien hemodialisis, prevalensinya sekitar 20 - 30%, bahkan bisa mencapai 47% Maka kondisi gagal ginjal yang biasanya dibarengi dengan hemodialisis adalah kondisi yang sangat tidak nyaman. Dalam hal ini kenyataannya bahwa pasien gagal ginjal, terutama gagal ginjal kronis yang tidak bisa lepas dari hemodialisis sepanjang hidupnya tentu akan banyak menimbulkan dampak psikologis yang hebat.

Dilansir bahwa jenis komplikasi ini disebabkan oleh faktor kehilangan sesuatu yang sebelumnya ada seperti kebebasan, pekerjaan dan kemandirian adalah hal-hal yang sangat dirasakan oleh para pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis. Hal ini bisa menimbulkan gejala-gejala depresi yang nyata pada pasien gagal ginjal sampai dengan tindakan bunuh diri.

Depresi adalah jenis komplikasi yang membutuhkan penanganan hemodialysis karena merupakan jenis penyakit gangguan mental umum yang paling banyak ditemukan pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis (Hedayati et al., 2009). Dalam hal ini, prosedur dan pengobatan hemodialisis dapat dilakukan 3 kali dalam seminggu menyebabkan perubahan status dan kepribadian pasien. Perubahan ini akibat dari situasi stres terus menerus yang dapat menyebabkan perubahan pada personal, sosial dan lingkungan. kebutuhan untuk mengubah kebiasaan gaya hidup, ketergantungan prosedur hemodialisis dan staf medis, kehilangan pekerjaan dan posisi sosial, status keuangan berkurang, rezim diet, disfungsi seksual, masalah yang berhubungan akses dialisis, dan kekhawatiran terhadap mortalitas, namun respon psikologis

pada pasien hemodialisis tergantung pada kepribadian premorbid, dukungan sosial dari keluarga dan penyakit penyerta lainnya.

3. Sindrom Disequilibrium

Gangguan ini biasanya sering terjadi pada pasien hemodialisis selama 3 - 4 jam setelah hemodialisis, namun bisa juga terjadi 8 - 48 jam setelahnya. Hal ini muncul karena terjadi ketidakseimbangan osmotik dan perubahan pH darah yang cepat sehingga memicu gejala seperti sakit kepala, mual, kram otot, iritabilitas, agitasi, mengantuk dan terkadang kejang. Gejala psikosis juga bisa terjadi pada pasien yang baru pertama kali menjalani hemodialisis. Kondisi ini terjadi setelah hemodialisis, namun bisa segera membaik jika diberikan penanganan yang tepat. Penggunaan obat antipsikotik dosis kecil diberikan kepada pasien untuk mengatasi gejala-gejala psikotik yang timbul akibat kondisi ini.

2.2.3 Waktu Pelaksanaan Hemodialisis

Di pusat dialisis, hemodialisis biasanya dilakukan 3 kali per minggu selama sekitar 4 jam pada suatu waktu. Orang-orang yang memilih untuk melakukan hemodialisis di rumah mungkin melakukan perawatan dialisis lebih sering, 4-7 kali per minggu selama berjam-jam lebih pendek setiap kali. Berdasarkan data dari *Indonesian Renal Registry* (IRR, 2014), jumlah tindakan hemodialisis berdasarkan Durasi Se-Indonesia dari tahun 2007 – 2014, durasi tindakan hemodialisis 3 -4 jam adalah durasi hemodialisis terbanyak, hal ini masih di bawah standar durasi tindakan hemodialisis yang sebaiknya 5 jam untuk frekuensi 2 kali seminggu.

Biaya yang harus dikeluarkan pasien setiap kali menjalani terapi juga tidak murah. Tagihan dapat bervariasi tergantung dari jumlah obat, biaya lab, alat medis habis pakai dan biaya lain-lain. Kondisi ini juga dipengaruhi oleh kelas rumah sakit

yang menyediakan unit hemodialisa. Dihimpun dari Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, bahwa biaya minimum untuk melakukan terapi hemodialisis rata-rata paling rendah adalah sebanyak Rp 650.000 hingga Rp 2.000.000 tiap kali melakukan hemodialisa. Biaya tersebut bila dijumlahkan dalam setahun tentu sangat banyak. Namun pemerintah juga membantu dalam proses pembiayaan pasien hemodialisa dengan program BPJS yang juga disesuaikan dengan kelas masing-masing pasien dan berbagai syarat berlaku (Tania & Thabrany, 2016).

Dokter akan memberikan resep yang memberitahu pasien berapa banyak perawatan yang dibutuhkan. Penelitian telah menunjukkan bahwa mendapatkan jumlah yang tepat dari dialisis meningkatkan kesehatan pasien secara keseluruhan, membuat pasien keluar dari rumah sakit dan memungkinkan pasien untuk hidup lebih lama. Tim asuhan dialisis pada pasien yang menjalani hemodialisis akan memantau pengobatannya dengan tes laboratorium bulanan untuk memastikan pasien mendapatkan jumlah yang tepat dari dialisis (*National Kidney Foundation* (NKF), 2016). Salah satu langkah tim asuhan dialisis pada pasien tersebut adalah dengan menggunakan rasio pengurangan urea (URR). Pengukuran lain bisa menggunakan Kt / V (diucapkan kay tee lebih vee). Dalam memastikan bahwa pasien mendapatkan cukup dialisis:

1. Kt / V harus setidaknya 1,2 atau
2. URR harus setidaknya 65 persen.

2.3 Depresi

2.3.1 Definisi Depresi

Depresi dapat disebut sebagai gangguan “mood”, istilah mood menggambarkan emosi seseorang, serangkaian perasaan yang menggambarkan

ketidaknyamanan atau sebaliknya. Depresi sebagai sebuah gangguan mood yang dicirikan seperti tak ada harapan dan patah hati atau patah semangat, ketidakberdayaan yang berlebihan, tak mampu mengambil keputusan untuk memulai suatu kegiatan, kurang mampu berkonsentrasi, tak punya semangat hidup, selalu tegang, dan mencoba bunuh diri. Depresi terjadi bisa dikarenakan stress yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda dan depresi yang dialami berhubungan dengan kejadian yang sulit diterima oleh seseorang dalam hidupnya, misalnya kehilangan orang yang dicintai, mengidap penyakit yang kronis, atau kehilangan pekerjaan. Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi pada masyarakat. Pada fase pertama biasanya berawal dari stress yang tidak diatasi, maka seseorang bisa masuk ke fase depresi. Orang yang mengalami depresi biasanya mengalami gangguan yang meliputi keadaan emosi, fungsional, motivasi dan gerakan tingkah laku serta kognisi. Depresi merupakan gangguan perasaan (afek) yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan gairah atau kegembiraan) diiringi dengan gejala lainnya, seperti menurunnya selera makan dan gangguan tidur (Lubis, 2009).

Depresi adalah pengiring yang sangat umum pada pasien dengan penyakit ginjal tahap akhir pada hemodialisis (HD), dengan prevalensi sampai dengan 46%. Depresi pada pasien dengan penyakit ginjal tahap akhir telah dikaitkan dengan berbagai hasil yang merugikan, termasuk peningkatan kelelahan, status kinerja yang lebih rendah, penurunan aktivitas fisik, dan penurunan kualitas hidup. Mungkin tingkat depresi antara pasien penyakit ginjal tahap akhir melebihi pasien dengan kanker, penyakit jantung kongestif, dan kondisi kronis lainnya yang parah. Telah ada bukti-bukti mengenai efek depresi pada kematian pada pasien penyakit ginjal tahap akhir. Beberapa studi telah menemukan bahwa depresi tidak berkorelasi dengan kematian, sementara studi lain telah menemukan peningkatan risiko kematian.

Beberapa studi telah meneliti efek depresi pada hasil rawat inap pada pasien gagal ginjal tahap akhir. (Chan et al, 2017). Depresi pada pasien penyakit ginjal tahap akhir telah menerima banyak perhatian ilmiah dan telah dikaitkan dengan kualitas hidup lebih rendah, menurunnya kepatuhan terhadap resep dialisis, dan penurunan kelangsungan hidup (Cukor et al, 2014). Dengan hadirnya peningkatan gaya hidup yang berhubungan dengan penyakit, seperti diabetes, hipertensi, dan arteriosklerosis, ada lebih dari 2 juta pasien yang menjalani hemodialisis di seluruh dunia. Depresi adalah salah satu komorbiditas paling serius antara pasien yang menjalani hemodialisis dan dikaitkan dengan peningkatan resiko mortalitas (Shimoda et al, 2017).

2.3.2 Tanda dan Gejala Depresi

Menurut pedoman dan penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)-III, gangguan depresi dapat ditandai oleh dua gejala yaitu:

1. Gejala utama depresi
 - a. Mood yang buruk
 - b. Mudah lelah atau kehilangan tenaga
 - c. Hilangnya minat dan semangat
2. Gejala depresi lainnya
 - a. Menurunnya kemampuan berkonsentrasi
 - b. Merasa harga diri menurun
 - c. Perasaan bersalah dan tidak berguna
 - d. Merasa pesimis terhadap masa depan dan kehidupan yang akan datang
 - e. Timbul ide bunuh diri atau gagasan untuk membahayakan diri sendiri
 - f. Berubahnya pola tidur
 - g. Berkurangnya nafsu makan

3. Gejala fisik

Orang dengan depresi akan terlihat dari perilakunya yang menjadi kurang tertata, sehingga cara kerjanya menjadi kacau dan lamban. Orang yang mengalami depresi akan kehilangan motivasi bekerja secara sebagian bahkan menyeluruh, sehingga tidak bisa menikmati kepuasan atas apa yang telah dilakukan. Penderita depresi kehilangan minat dan motivasi untuk melakukan kegiatannya seperti semula.

4. Gejala psikis

- a. Perasaan terbebani. Penderita depresi akan merasa bahwa orang lain menjadi sebab atas kesusahan yang dialaminya dan merasa terbebani karena terlalu menanggung tanggung jawab yang berat.
- b. Penderita depresi akan lebih sensitif, sehingga peristiwa yang sepele atau netral akan berubah menjadi hal yang berbeda ketika penderita depresi menghadapi hal tersebut, bahkan sering disalah artikan. Penderita depresi akan lebih mudah marah, mudah tersinggung, terlalu perasa, menyimpan curiga pada orang lain berlebihan, mudah sedih, dan lebih suka untuk menyendiri.
- c. Orang dengan depresi sering merasa tidak berguna, perasaan ini muncul karena mereka merasa bahwa mereka telah menjadi pribadi yang gagal terutama dalam bidang yang digelutinya. Misalnya kepala keluarga yang sudah tidak bekerja karena penyakit kronis yang dideritanya, sehingga tidak bisa menjalankan perannya dengan baik didalam keluarga.
- d. Perasaan bersalah juga sering dialami oleh penderita depresi. Penderita sering memandang permasalahan yang dihadapi adalah karena hukuman

atau kegagalan dalam melaksanakan tanggung jawab yang seharusnya dikerjakan.

- e. Penderita depresi akan kehilangan rasa percaya diri, dikarenakan orang dengan depresi cenderung untuk memandang segala sesuatu dari sisi yang buruk atau negatif, termasuk menilai diri mereka sendiri. Mereka juga gemar membandingkan diri sendiri atau kehidupan pribadi dengan kondisi orang lain. Kehidupan orang lain seringkali dianggap lebih sukses, lebih sehat, beruntung, kaya dan lebih diperhatikan oleh orang lain serta pikiran negatif lainnya.

2.3.3 Tingkatan Depresi

Tingkatan depresi menurut PPDGJ-III (2001) dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu depresi ringan, depresi sedang dan depresi berat:

1. Depresi ringan
 - a. Minimal harus memiliki dua dari gejala utama depresi.
 - b. Ditambah minimal dua dari gejala yang lain.
 - c. Tidak ada gejala berat yang menyertai dua gejala sebelumnya.
 - d. Kurun waktu seluruh episode berlangsung minimal dua minggu.
 - e. Sedikit kesulitan dalam pekerjaan maupun kegiatan sosial yang biasa dilakukan.
2. Depresi sedang
 - a. Sekurang-kurangnya harus terdapat dua gejala yang utama dari depresi seperti pada episode depresi ringan.
 - b. Ditambah sekurang-kurangnya tiga gejala dan ada baiknya dari empat gejala lainnya.

- c. Durasi dari seluruh episode berlangsung dengan waktu minimal dua minggu.
- d. Kesulitan menghadapi interaksi sosial, pekerjaan serta urusan rumah tangga.

3. Depresi berat

- a. Dari ketiga gejala depresi, ketiganya harus ada.
- b. Ditambah setidaknya empat dari gejala lainnya harus ada diantara gejala tersebut yang berintensitas berat.
- c. Ketika ada gejala seperti agitasi atau retardasi psikomotor yang jelas, penderita tidak mampu untuk menyampaikan gejalanya secara rinci sehingga akan terlihat penilaian yang jelas terhadap episode depresif berat bisa dibenarkan.
- d. Kurun waktu depresif biasanya terjadi kurang dari dua minggu, tetapi jika gejala sangat berat dan terjadi sangat cepat, masih dapat dilakukan untuk menegaskan diagnosis dalam kurun waktu dua minggu.
- e. Penderita depresi sangat tidak memungkinkan untuk berinteraksi sosial, melakukan pekerjaan ataupun urusan rumah tangga, kecuali pada tingkatan yang terbatas.

2.3.4 Skala Penilaian Depresi

Skala penilaian gejala depresi tidak cukup untuk menentukan diagnosis depresi, tetapi dapat membantu mengidentifikasi individu yang mempunyai gejala depresi. Skala penilaian depresi *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* adalah skala yang didesain untuk menilai tingkat simtom depresi pada saat terkini (*to assess current level of depressive symtomp*) pada populasi umum. Skala ini bertujuan untuk digunakan dalam studi epidemiologi pada populasi umum (dalam Vingerhoets, 2001).

CES-D menilai berdasarkan frekuensi dan durasi simptom yang berhubungan dengan depresi.

Alat ukur terdiri dari 20 item yang diseleksi dari sejumlah skala depresi terdahulu yang sudah valid. Pernyataan-pernyataan dalam CES-D meliputi *depressed mood*, perasaan bersalah dan tidak berharga, merasa putus asa dan tidak berdaya, kemunduran psikomotor, kehilangan selera makan, dan gangguan tidur. Desain skala CES-D lebih menekankan komponen afektif, yaitu *depressed mood*. Responden diminta untuk merating frekuensi simptom selama minggu terakhir dalam skala Likert 4 point dengan rentang dari jarang atau tidak pernah (kurang dari satu hari) hingga sering atau setiap hari (5-7- hari). Jumlah skor dalam CES-D dapat dijumlahkan, skor yang lebih tinggi mengindikasikan adanya simptom depresif (Radloff, 1977). CES-D bukanlah merupakan alat diagnostik, tetapi merupakan alat tes screening untuk mengidentifikasi individu atau kelompok yang berisiko depresi.

CES-D adalah skala pengukuran depresi yang terdiri dari 9 domain (kesedihan, kehilangan minat, nafsu makan, tidur, konsentrasi, rasa bersalah, lelah, gerakan, keinginan bunuh diri) yang terbagi menjadi 20 pertanyaan yang bersandar pada kriteria diagnosis dari DSM-IV. Alasan mendasar peneliti menggunakan skala *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) karena secara klinis sudah valid dan reliabel dalam memiliki sensitivitas dan keandalan yang sangat baik sebagai alat untuk mendiagnosis depresi. (Ju Ryoung Moon dkk, 2017). Adapun item-itemnya disusun berdasarkan empat faktor yaitu (Antony & Barlow, 2010):

1. *Depressed Affect* merupakan perasaan-perasaan, emosi, atau suasana hati yang negatif, seperti perasaan sedih, tertekan, kesepian, dan menangis.
2. *Positive Affect* merupakan perasaan, emosi, atau suasana hati yang positif, seperti perasaan gembira, senang, memiliki harapan, dan merasa diri baik.

3. *Somatic and Retarded Activity* merupakan gejala psikologis yang dirasakan berkaitan dengan kondisi/keadaan tubuh, seperti merasa terganggu, berkurang/bertambahnya nafsu makan, membutuhkan usaha lebih besar dalam mengerjakan sesuatu, kesulitan tidur atau tidur tidak nyenyak, dan sulit untuk memulai sesuatu.
4. *Interpersonal* merupakan perasaan negatif yang dirasakan individu yang berkaitan dengan perilaku orang lain, seperti tidak bersahabat dan merasa tidak disukai.

2.4 Kualitas Hidup

2.4.1 Definisi Kualitas Hidup

Menurut definisi WHO kualitas hidup adalah persepsi dari individu terhadap kehidupan dalam sistem nilai dimana mereka hidup dan konteks budaya, kaitannya dengan tujuan, harapan, dan kekhawatiran dalam hidup. Seseorang dikatakan memiliki kualitas hidup yang baik bila individu tersebut memiliki pandangan psikologis yang positif, memiliki kesehatan fisik dan mental yang baik, memiliki kesejahteraan emosional, memiliki kemampuan fisik untuk melakukan hal – hal yang ingin dilakukan, memiliki hubungan yang baik dengan keluarga maupun teman dan lingkungan sekitar, dan turut aktif dalam kegiatan sosial (Sari & Halim, 2017). Dalam perawatan medis kualitas hidup telah menjadi topik yang penting, karena kualitas hidup dapat mengalami penurunan ketika individu terkena penyakit dan sakit dalam waktu yang lama. Kualitas hidup yang rendah tidak selalu berkaitan dengan kesehatan yang rendah, beberapa pasien yang memiliki penyakit kronis secara efektif menyesuaikan diri dengan penyakitnya, menanganinya dengan baik dan meraih tujuan maupun sasaran yang mereka targetkan. Kualitas hidup juga merupakan pandangan

atau perasaan seseorang terhadap kemampuan fungsi fisiknya akibat terserang oleh suatu penyakit yang mereka derita. (Nufus et al, 2017).

2.4.2 Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Kualitas hidup yang dialami oleh seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yang ada, yaitu:

1. Umur. Umur adalah faktor yang memiliki hubungan dengan kualitas hidup seseorang, karena semakin tua umur seseorang maka kualitas hidup yang dimiliki juga akan semakin menurun, hal tersebut dikarenakan menurunnya fungsi organ tubuh yang dapat menyebabkan kurangnya produktivitas sehingga produktivitas yang menurun menjadikan kualitas hidup seseorang turun.
2. Jenis kelamin. Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup perempuan dengan laki-laki sangatlah berbeda, jika laki-laki kecenderungan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan perempuan, karena pada dasarnya laki-laki lebih produktif daripada perempuan, sehingga harapannya juga akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik (Nofitri, 2009).
3. Pendidikan. Faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang adalah pendidikan. (Menurut Moons et al, 2004) mengungkapkan bahwa pendidikan seseorang jika semakin tinggi maka diharapkan memiliki kualitas hidup yang semakin baik.
4. Pekerjaan. Menurut Moons et al, 2004 mengungkapkan bahwa status dari pekerjaan memiliki hubungan dengan kualitas hidup. Seseorang yang berstatus sebagai pelajar, seseorang yang bekerja, seseorang yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan seseorang yang tidak mampu untuk

bekerja maka memiliki kualitas hidup yang berbeda. Menurut hasil penelitian Kosim (2015) menunjukkan jika pekerjaan dan pendapatan keluarga berpengaruh positif dan signifikan dengan kualitas hidup seseorang. Hal tersebut dikarenakan pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang mengindikasikan pendapatan yang diperoleh untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarganya. Jika semakin tinggi golongan pekerjaan seseorang maka pendapatan yang diperoleh akan semakin naik, kemudian apabila pendapatan naik maka akan berpengaruh pada pemenuhan kualitas hidup.

2.4.3 Aspek Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan gabungan yang berasal dari berbagai aspek kehidupan. Menurut WHOQOL-BREF dalam (Rapley, 2003), aspek kualitas hidup dibagi menjadi 4 aspek yang terdiri dari:

1. Aspek kesehatan mental, aspek ini mencakup aktivitas yang dilakukan sehari-hari, ketergantungan pada jenis obat-obatan, mobilitas, tidur dan istirahat, ketidaknyaman, serta kapasitas kerja.
2. Aspek psikologis, meliputi penampilan dan citra tubuh, perasaan positif serta perasaan negatif, harga diri, agama atau keyakinan pribadi serta memori dan konsentrasi.
3. Aspek hubungan sosial meliputi dukungan sosial, hubungan personal serta aktivitas seksual.
4. Aspek lingkungan meliputi sumber keuangan, kebebasan terhadap sesuatu, keselamatan dan keamanan fisik, mempunyai hak yang sama untuk mendapatkan berbagai macam informasi baru serta keterampilan, dan kegiatan sehari-hari yang berhubungan dengan pekerjaan, kehidupan sosial dan rumah tangga.

2.4.4 Penilaian Kualitas Hidup Pasien

Data kualitas hidup subjek diambil menggunakan kuesioner (KDQOL-SF)-36. KDQOL-SF adalah instrumen yang dipakai untuk mengukur laporan pribadi pasien dengan gagal ginjal yang menjalani dialisis. KDQOL-SF 36 terdiri atas 2 dimensi yaitu dimensi kesehatan fisik dan dimensi kesehatan mental. Adapun dua dimensi tersebut dapat dibagi lagi menjadi 8 kriteria berikut: (1) fungsi fisik, (2) keterbatasan peran karena kesehatan fisik, (3) nyeri, (4) persepsi kesehatan secara umum, (5) vitalitas, (6) fungsi sosial, (7) peran keterbatasan karena masalah emosional, dan (8) kesehatan mental. Skor SF-36 berkisar dari 0-100 dengan skor lebih tinggi menandakan kualitas hidup yang lebih baik (Chow dan Tam, 2014).

Alasan mendasar peneliti menggunakan KDQOL-SF 36 karena masalah emosional, fungsi sosial, kesehatan mental/ psikologis, vitalitas, nyeri tubuh, dan persepsi kesehatan merupakan masalah hemodialysis yang dialami pasien secara umum (Santos, et al, 2012). Selain itu, KDQOL SF 36 dapat menambah domain *kidney disease specific items* untuk mendapat penilaian kualitas hidup yang lebih rinci dan dalam yaitu item gejala/masalah yang menyertai, efek penyakit ginjal, beban akibat penyakit ginjal, status pekerjaan, fungsi kognitif, kualitas interaksi sosial, fungsi seksual, tidur, dukungan yang diperoleh, dukungan dari staf dialisis, kepuasan pasien (Bele et al, 2012).

SF-36 telah divalidasi dan diuji reliabilitasnya di berbagai negara dan dapat digunakan dengan baik untuk mengukur HRQOL pada pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis. Uji reliabilitas kuesioner dilakukan kepada kelompok yang memiliki kriteria hampir sama dengan subjek penelitian ini dan didapat nilai Cronbach's α untuk keseluruhan item adalah 0,78. Skor yang didapat dari wawancara

pasien kemudian diinterpretasikan dengan excel spreadsheet to score the KDQOL-SF 36 (Winson, 2016).

2.5 Hubungan Depresi dan Kualitas Hidup

Depresi terjadi karena terganggunya perilaku manusia yang berkaitan dengan gejala penyerta dan alam perasaan, perubahan pada pola nafsu makan dan pola tidur, kelelahan, konsentrasi, psikomotor, rasa keputusasaan serta rasa tidak berdaya dan keinginan untuk melakukan hal yang merugikan seperti bunuh diri (Made WS, 2011). Secara umum depresi disebabkan oleh faktor predisposisi dan stressor pencetus. Penyebab depresi yang pertama yaitu dari stressor pencetus, dimana sumber dari stressor pencetus tersebut yaitu (Azizah, 2011)

1. Kehilangan keterkaitan baik dalam nyata maupun yang dibayangkan yaitu seperti kehilangan cinta dari seseorang, kedudukan atau harga diri dan fungsi dari fisik. Hal ini dikarenakan suatu elemen aktual maupun simbolik yang menjadi konsep kehilangan, sehingga persepsi bagi seseorang yang sedang mengalami depresi, ini merupakan suatu hal yang sangat penting.
2. Suatu peristiwa besar yang pernah terjadi dalam kehidupan, hal ini merupakan suatu awal dari terjadinya depresi dan mempunyai dampak bagi masalah yang sedang dihadapi serta kemampuan dalam menyelesaikan suatu masalah.
3. Peran merupakan suatu hal yang dapat mempengaruhi perkembangan terjadinya depresi, terutama pada seorang wanita.
4. Perubahan fisiologik pada tubuh yang diakibatkan karena mengkonsumsi obat-obatan atau berbagai penyakit fisik dan gangguan pada keseimbangan metabolik dapat menimbulkan gangguan alam perasaan.

Dampak dari depresi pada pasien gagal ginjal salah satunya adalah tingkat kesehatan yang menurun. Pasien tersebut mengalami gangguan perasaan dan mengalami insomnia, penurunan selera makan, menjauhkan diri dari lingkungan sosial, dan mudah merasa tersinggung, dan menjadi tidak bisa berkonsentrasi dalam bekerja. Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis secara rutin akan merasakan kebosanan sehingga pasien menjadi tidak kooperatif dalam menjalani hemodialisis dan pengobatan. Dampak dari hal tersebut adalah menurunnya kesehatan pasien dan dapat menurunkan kualitas hidup pasien. (Olagunju, Campbell, & Adeyemi, 2015). Kualitas hidup merupakan gabungan dari berbagai aspek kehidupan yang terdiri dari kesehatan mental, kesehatan jasmani, derajat optimisme, juga kemampuan dalam berperan secara aktif dalam kegiatan sosial sehari-hari yang berhubungan dengan pekerjaan, hobi, kehidupan sosial dan kehidupan rumah tangga (Wijaya, 2005). Sebagian besar pasien gagal ginjal kronik beranggapan kualitas hidup yang baik merupakan sesuatu yang tidak mudah untuk dicapai dan dipertahankan. Pasien gagal ginjal kronik bahkan menganggap hidupnya tidak lama lagi sehingga merasa putus asa dengan mengabaikan saran dan petunjuk dari tim medis. Beberapa faktor yang menyebabkan hal itu terjadi adalah faktor biaya dan kondisi depresi yang dirasakan oleh pasien sehingga tidak melakukan terapi sesuai program. Program hemodialisis yang tidak sesuai dengan jadwal dapat menyebabkan kualitas hidup yang tidak optimal (Desnauli, Nursalam, & Efendi, 2011).